LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Un cas de scarlatine avec hyperthermie, par le Dr Depasse, 273. — **Bibliographie** : Clinique dentaire et dentisterie opératoire, par Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, 274 — **Revue de la presse** : De l'emploi des bains sulfureux chauds dans les maladies du cœur, 274. — **Académie des sciences** : *Séance du 20 avril* 1897. Présidence de M. Chatin. — Détermination de la surface, de la corpulence et de la composition chimique du corps de l'homme, 275. — Sur l'action physiologique des rayons X, 277. — **Académie de médecine** : *Séance du 27 avril* 1897. Présidence de M. Caventou. — Radiographie, 277. — L'œdème aigu du poumon, 277. — Absorption cutanée des médicaments, 278. — L'élongation vraie de la moelle épinière et son application au traitement de l'ataxie locomotrice ; recherches expérimentales et thérapeutiques, 278. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 23 avril* 1897. Présidence de M. Debove. — Productions cornées de la peau dans la blennorrhagie, 279. — Séro-diagnostic du choléra, 280. — Sur la signification du pigment ocre, 280. — Arthrites pneumococciques au cours d'une pneumonie, 281. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 24 avril* 1897. Présidence de M. Bouloumié, président. — Galvanisation du pneumo-gastrique dans les dyspepsies anachlorydriques, 283. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 30 novembre* 1897. Présidence de M. le Dr Dromain, 283. — **Société de chirurgie** : *Séance du 21 avril* 1897. Présidence de M. E. Delens. — De la péritonite à pneumocoques, 283. — Des myxomes du bassin, 284. — Occlusion intestinale par tension et par paralysie, 284. — Anévrysme diffus inflammatoire de la tibiale postérieure. Ligature et guérison, 284. — **Variétés** : Association générale des médecins de France, 284. — **Courrier sanitaire** : L'épidémie de peste à Bombay, 287. — **Nouvelles**, 288.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Un cas de scarlatine avec hyperthermie,

Par le Dr Depasse.

J'ai tenu à vous signaler un cas de scarlatine chez un enfant de 16 mois, où la température s'est maintenue pendant plus de quarante jours à 42° et qui s'est terminé par la guérison.

Une température aussi élevée est rare : Trousseau dans ses cliniques dit à propos de la sarlatine qu'il a vu des cas où le thermomètre est monté à 40°,41 et *même au delà*, mais il n'entre pas dans plus de détails. J. Currie cite un cas où il a constaté 112° Fahrenheit, c'est-à-dire 44° ; c'est, je crois, la température la plus élevée qui ait jamais été constatée. Wunderlich a une fois vu 43,5 et le cas fut suivi de mort, Mayer et Bössing ont vu chacun une fois 43°.

Pour ma part, dans ma vie médicale déjà vieille de vingt-six ans, dont dix-sept d'une pratique active, je n'avais jamais rien vu de pareil. Je n'ai pas besoin de dire que, croyant d'abord à une erreur de l'instrument, j'en essayai trois autres, que je les vérifiai tous quatre scrupuleusement dans un laboratoire à la Sorbonne où j'ai longtemps travaillé, que j'ai pris moi-même les températures dans le rectum, et que je crois avoir quelque compétence en physique.

Je fus appelé le 20 janvier 1896, chez Mme P..., 46, rue de Rivoli, pour un enfant malade d'une scarlatine au début, qui, jusqu'au 29, ne présenta rien d'anormal. Le 30 et le 31 le bébé était très agité et la température montait à 39° et 39°,5.

Le 1er février, T. 41°,5 et le soir, à 6 h. 42. Je prescris de l'antipyrine à haute dose, ne comptant pas trop sur la sincérité de mon thermomètre, mais le lendemain matin, à 8 heures, je retrouve encore 42°. La nuit l'enfant n'a pas uriné, à l'auscultation on ne trouve rien, le pouls est à 180. J'institue immédiatement le traitement par les bains qui font tomber momentanément la température à 40°, 40°,5, mais cela ne dure pas, le thermomètre remonte à 42°. Au sortir des bains, on fait des frictions sur les aines et le ventre avec une pommade au sulfate de quinine. Le 3 février, le thermomètre remonte encore à 42, une heure environ après les bains et je prie alors mon excellent maître et ami, le Dr Jules Simon, de venir voir le malade avec moi. Nous nous réunissons le 4, vers 5 heures du soir, mais depuis le matin, la température n'avait plus dépassé 41°,5 qui était celle que nous avons observée ensemble. On remplace alors les frictions à la pommade de quinine par des suppositoires, on continue les bains, et petit à petit tout rentre dans l'ordre et, le 17, l'enfant allait assez bien. L'hyperthermie extrême avait donc duré de 60 à 70 heures.

Pour les bains, voici comment j'ai procédé : nous étions en hiver, la pièce où se donnait les bains fut chauffée nuit et jour à 18° très exactement. On donna les bains toutes les deux heures pendant deux minutes, le premier à 30°, le second à 29° ; en baissant d'un degré chaque foie jusqu'à ce qu'on fut arrivé à 18°,

qu'il fut facile de garder puisque la pièce avait exactement cette température.

La mère de l'enfant, qui était aussi sa nourrice, exténuée de fatigue, perdit son lait au moment où il était nécessaire au petit malade. Celui-ci ne voulut jamais téter d'autre nourrice. Il fallut essayer le lait de vache stérilisé, coupé d'eau de Vichy, il ne fut pas digéré, et j'eus recours au lait d'ânesse.

Après chaque bain, on donnait un peu de lait d'ânesse tiédi au bain-marie et additionné de quelques gouttes de vieux cognac.

Le premier jour de l'hyperthermie, il fut impossible d'avoir de l'urine, et, dès que le traitement par les bains fut institué, la miction n'eut lieu que dans l'eau. On n'a donc pu faire l'analyse. Malgré toutes mes recherches rien ne m'a expliqué cette hyperthermie.

Invoquerai-je un *génie particulier ?* Ce n'est pas une explication. Cependant je ferai remarquer que la grand'mère, qui soignait aussi l'enfant, fut prise le cinquième jour d'une scarlatine à forme très brusque, avec deux syncopes le premier jour qui ne laissèrent pas que de m'inquiéter. Les manifestations du côté de la gorge furent extrêmement douloureuses, mais il n'y eut pas d'autre incident, la desquamation fut peu marquée.

Quant au bébé, inutile d'ajouter que la desquamation passa à peu près insignifiante. La multiplicité des bains l'explique très suffisamment.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique dentaire et dentisterie opératoire, par Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, avec 62 fig. dans le texte. (Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1897.)

Ce volume est le quatrième du Manuel du chirurgien-dentiste, publié sous la direction de Ch. Godon, manuel qui devait réunir, sous une forme facilement assimilable, toutes les matières qui font officiellement partie de l'enseignement de l'étudiant dentiste et sont exigibles aux examens. Le quatrième volume est divisé en deux parties ; la première est consacrée à la clinique dentaire, la seconde à la dentisterie opératoire.

Après quelques notions générales sur la méthode d'établir un diagnostic et les moyens d'exploration, l'auteur indique les moyens de reconnaître les diverses affections dont peuvent être atteintes la bouche et les dents, traumatismes, lésions inflammatoires et infectieuses, syphilis, tuberculose buccale, tumeurs, névralgies faciales et paralysies, enfin, altérations dentaires diverses.

La deuxième partie comprend les diverses opérations qui constituent aujourd'hui la chirurgie dentaire proprement dite, depuis les simples manœuvres du nettoyage ou de l'extraction des dents, jusqu'aux m nutieuses opérations qu'exigent le traitement de l carie, l'obturation, l'aurification et la greffe dentair Un chapitre est consacré à l'antisepsie dans la pratiq dentaire. L'auteur a réservé l'étude de la restauratio complète des dents dans un cinquième volume de cl nique de prothèse. L'étudiant trouvera dans ce volum un guide précieux résumant l'enseignement techniqu des professeurs des écoles dentaires françaises et cer taines notions importantes à connaître et consignée dans des ouvrages français et étrangers. Cet ouvrag permettra à l'étudiant de suivre sans efforts les tra vaux cliniques en même temps qu'il lui rappellera le notions essentielles de sa pratique. L.-J.

REVUE DE LA PRESSE

De l'emploi des bains sulfureux chauds dan les maladies du cœur (Dr Partos, d'après la *Pest med. chir. Revue*, n° 44, 1896). — On sait, par expé rience, que les bains sulfureux chauds agissent plu fortement sur les vaisseaux, la distribution du sang e la pression sanguine que les bains chauds ordinaires Le cœur normal s'accommode facilement aux modifi cations qu'amènent du côté du cœur les changement dans la distribution sanguine, et c'est ce qui fait que les bains sulfureux sont contre-indiqués dans les affections cardiaques. Cependant, dans la pratique, les choses ne se passent pas toujours ainsi. Les rhumatisants et les cardiaques supportent souvent très bien les bains sulfureux jusqu'à la température de 29 degrés, en observant certaines précautions, telles qne le repos avant et après le bain, une augmentation lente de la température du bain qui doit être d'une durée modérée, des applications froides sur la tête pendant le bain. En se conformant à ces précautions les cardiaques et les rhumatisants atteints d'œdème pourraient prendre une trentaine de bains sulfureux constituant une saison. La température de ces bains ne doit pas dépasser 29° R., sous peine de voir surveuir des palpitations, des vertiges, des douleurs de tête. Les myocardites se comportent comme les lésions valvulaires. Il en est autrement des névroses cardiaques dans lesquelles les excitations thermiques, mécaniques et chimiques ont une action beaucoup plus prononcée et pour lesquelles les bains sulfureux sont formellement contre-indiqués. Quant à l'emploi interne de l'eau sulfureuse, il est également prohibé en raison de l'excitation que produisent sur le système nerveux cardiaque les éléments chimiques des sources. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

—

éance du 20 avril 1897. — Présidence de M. Chatin.

termination de la surface, de la corpulence et de la position chimique dn corps de l'homme. — M. le sseur Ch. Bouchard. Si l'on veut estimer l'intensité de e, c'est-à-dire la rapidité avec laquelle se fait la réno- n moléculaire de la partie vivante du corps, il importe ouvoir, soit par des mensurations directes, soit à l'aide ormules, arriver à apprécier avec une suffisante ap- imation la composition chimique et la surface du s.

qui agit dans l'être vivant, c'est exclusivement la cel- qu'on l'envisage, soit dans son protoplasma albumi- , soit dans la masse nucléo-albumineuse de son noyau. t vrai même pour l'activité nutritive.

albumine fixe, figurée, fonctionnante est en état de tante rénovation ; elle se détruit et se répare : c'est là ntiellement la vie. La phase de *destruction* de ce mou- ent de rénovation, c'est la *désassimilation* qui se fait tamment et nécessairement, tant que la vie existe, et en s'effectuant, dégage de l'énergie constamment et ément, même s'il n'y a pas besoin d'énergie, même si e énergie libérée est nuisible.

'autre part, cette albumine fixe, vivante est l'agent de estruction de la matière organique circulante, de la ma- e non vivante, que cette matière vienne du corps ou des ents, qu'elle soit albumine, graisse ou sucre. Cette truction de matière non vivante, opérée dans le corps l'albumine vivante, c'est la *consommation* fonctionnelle respiratoire qui se règle automatiquement, non suivant ondance ou l'exiguïté des aliments, mais suivant les oins de l'organisme : car cette destruction, elle aussi, age de l'énergie ; elle en dégage proportionnellement besoins du fonctionnement, du mouxement en particu- , proportionnellement aussi aux pertes de calorique su- s par l'économie.

i l'on suppose l'individu au repos, la consommation est rapport avec la déperdition de chaleur et par consé- nt avec le nombre des décimètres carrés de la surface. résulte de ce qui précède que la *désassimilation* est portionnelle au poids du corps ou mieux au poids de bumine fixe et que la *consommation* fonctionnelle ou piratoire est proportionnelle à la surface du corps.

Oe là la nécessité de connaître : 1° le poids de la subs- ice active de l'albumine fixe ; 2° l'étendue de la surface corps et de la surface d'émission dévolue à l'unité de ids de la substance active, c'est-à-dire le nombre de dé- nètres carrés par lesquels s'élimine le calorique produit r la vie et le fonctionnement d'un kilogramme d'albu- ne fixe. On se rappellera qu'une part de ce calorique pro- nt de la désassimilation de cette albumine fixe ; qu'une tre part, extrêmement variable et souvent considérable r rapport à la première, provient de la consommation, st-à-dire de la destruction que cette albumine fixe fait bir à la matière circulante. On devra enfin se pénétrer de tte vérité : c'est que si le kilogramme de substance ac- ve oblige chacun des décimètres carrés qui lui sont alloués éliminer sa part des calories produites, inversement aque décimètre de surface oblige le kilogramme à déga- r les calories qu'il élimine. La température du corps n'est constante qu'à cette double condition, plus les pertes par la surface sont grandes, ou ce qui revient au même, plus la surface est grande pour l'unité de substance active, plus l'activité de cette substance se trouve sollicitée.

Pour éviter la perte de temps considérable qu'exige une mensuration directe de la surface du corps, faite à l'aide des méthodes géométriques, on a cherché à calculer la surface à l'aide de formules empiriques, en partant d'une mesure corporelle facile à prendre. La formule de Meeh déduit la surface du poids qu'on peut, sans trop grande erreur, considérer comme égale au volume. Cette formule est la suivante : $12{,}3\sqrt[3]{P^2}$. Je l'ai appliquée à douze personnes dont j'avais mesuré directement la surface et ai trouvé que, si elle est exacte pour l'homme très maigre, elle s'éloigne beaucoup de la vérité quand on l'applique à des individus de corpulence moyenne ou forte et qu'elle est inexacte pour la femme. J'ai pensé à substituer à cette formule empirique une autre formule qui tiendrait compte de deux mesures : le poids P et la taille H. J'assimilais alors la surface du corps à celle d'un cylindre qui aurait pour volume le volume du corps, qui est sensiblement égal à son poids, et pour hauteur la taille. La formule géométrique qui donne cette surface est $2\left(\frac{H}{P}+\pi H\sqrt[2]{\frac{P}{\pi H}}\right)$. En l'appliquant à des individus normaux j'ai reconnu qu'il convient de multiplier le résultat obtenu par 1,57 s'il s'agit d'un homme, par 1,44 s'il s'agit d'une femme. Mais, quand on s'éloigne de la corpulence moyenne, il faut changer la correction.

J'ai eu alors l'idée d'ajouter une troisième mesure, le tour de taille C, et ai assimilé la surface du corps à la surface courbe de deux troncs de cône égaux appliqués par leur grande base, C étant la circonférence de cette grande base. Le calcul de cette surface suppose qu'on a déterminé les Rayons R et r de la grande base et de la petite base pour chaque tronc de cône. Le calcul portant sur un seul de ces troncs de cône, son volume $p=\frac{P}{2}$, sa hauteur $h=\frac{H}{2}$, $R=\frac{C}{2\pi}$, $r=-\frac{R}{2}+\sqrt[2]{\frac{3p}{\pi h}-\frac{3R^2}{4}}$.

La surface latérale d'un des troncs de cône est

$$\pi(R-r)\sqrt[2]{h^2+(R-r)^2}.$$

J'ai, à l'aide de cette formule, calculé la surface chez six hommes et chez six femmes, chez lesquels j'avais fait directement la mensuration par les moyens géométriques. La surface calculée était plus petite que la surface mesurée et réclamait, pour la correction, un multiplicateur qui se trouve indiqué pour chaque cas dans le tableau suivant :

Corpulence.	Hommes.	Femmes.
Très obèse	1,48	1,42
Modérément obèse	1,55	1,62
Normal fort	1,68	1,47
Normal mince	1,65	1,49
Modérément maigre	1,61	1,53
Très maigre	1,59	1,63

On voit que le multiplicateur à l'aide duquel se fait la correction est peu différent de l'unité, et que les différents multiplicateurs, malgré la différence de corpulence des in-

dividus, diffèrent peu entre eux, ce qui est dû à l'introduction de la troisième mesure C.

Cette formule, bien qu'elle me paraisse offrir plus de garanties que les précédentes et que celles qui vont suivre, a le tort grave de réclamer beaucoup de temps. Je pense que ceux qui reculeront devant les lenteurs de la mensuration directe et qui, cependant, estimeront que l'exactitude des résultats compense la perte du temps lui donneront la préférence.

Cependant, j'ai cherché à simplifier, tout en tenant compte des trois mesures, et ai essayé cette autre formule

$$\sqrt[3]{P} \times \sqrt[2]{CH.}$$

Je donne encore, pour les douze cas où j'ai vérifié cette formule, les multiplicateurs qui établissent la correction :

Corpulence.	Hommes.	Femmes.
Très obèse.....	3,31	3,24
Modérément obèse....	3,55	4,14
Normal fort.....	3,98	4,00
Normal mince.....	4,31	3,93
Modérément maigre...	4,01	3,91
Très maigre.....	4,08	4,46

Pour des raisons que fera comprendre la suite de cette note, j'ai préféré revenir à la comparaison du corps au cylindre en assimilant la surface du corps à la surface latérale du cylindre et en tenant compte encore des trois mesures : la taille H, le poids P, le tour de taille C. J'ai pour cela associé ces mesures deux par deux et calculé la surface de trois cylindres. J'ai fait ensuite la moyenne des trois surfaces ainsi calculées, après avoir corrigé chacune d'elles par un multiplicateur fourni par la comparaison du résultat calculé avec le résultat de la mesure directe. Les formules géométriques de la surface de ces trois cylindres sont les suivantes :

$$CH, \quad 4\pi \frac{P}{C}, \quad 2\pi H \sqrt{\frac{P}{\pi H}}.$$

En interposant, par le calcul, des formules intermédiaires entre les formules corrigées, vérifiées par la mesure directe, j'ai attribué pour chaque sexe, à des types de corpulence assez nombreux, des formules qui me semblent offrir une suffisante approximation. Mais je dois dire ce qui indique un type de corpulence.

Il est difficile ou arbitraire d'assigner à un individu donné un type de corpulence, si l'on tient compte seulement de son poids et de la forme générale de son corps, telle que la vue la fait connaître. La corpulence est indiquée par le quotient du poids divisé par la taille; elle a pour formule $\frac{P}{H}$. Quelle que soit leur taille et quel que soit leur poids, les hommes qui ont le même quotient $\frac{P}{H}$ rentrent dans le même type de corpulence.

Chez l'homme normal moyen, $\frac{P}{H} = 4{,}2$.

Chez la femme normale moyenne, $\frac{P}{H} = 3{,}9$.

L'homme n'est pas encore obèse quand sa corpulence s'élève à 4,8; il n'est pas encore maigre quand elle tombe à 3,6

La femme n'est pas encore obèse quand sa corpulence s'élève à 4,6; elle n'est pas encore maigre quand elle tombe à 3,1.

Chez l'homme à partir de 5,4, chez la femme à partir de 5,0, c'est l'obésité manifeste qui peut monter jusqu'à 8, 9 10.

Chez l'homme à partir de 2,9, chez la femme à partir de 2,3, c'est le marasme qui peut descendre jusqu'à 2 et même jusqu'à 1,5.

En ne tenant compte que des degrés de corpulence compris dans les limites extrêmes où ils se rencontraient chez les individus, hommes et femmes, dont j'ai mesuré directement la surface, j'ai pu dresser pour chaque sexe une échelle de 13° de corpulence, avec la formule correspondant à chaque type, qui permettra de déduire la surface du corps de la constatation des trois mesures : poids, taille, tour de taille.

Si je donne la préférence à ces formules et si je leur sacrifie celles qui assimilent le corps à deux troncs de cône appliqués par leurs bases correspondantes, malgré la supériorité théorique de ces dernières, c'est parce que l'assimilation du corps à un cylindre donne à la formule $\frac{P}{H}$ de la corpulence une signification géométrique utilisable pour la détermination de la composition chimique du corps. $\frac{P}{H}$ est en effet, un segment du cylindre corporel total, cylindre qui a 1 décimètre de haut, toutes les mesures étant en décimètres, P indiquant des kilogrammes ou des décimètres cubes, et la surface étant comptée en décimètres carrés. Ce segment, qui a 1 pour hauteur, a $\frac{P}{H}$ pour volume et aussi $\frac{P}{H}$ pour surface de sa base. Pour tous les individus qui ont le même type de corpulence, ce segment est identique comme volume, comme composition. Les individus d'un même type ne diffèrent entre eux que par le nombre de cylindres superposés que représente leur corps. La surface latérale est aussi la même pour le segment cylindrique de chaque type. Mais cette surface géométrique est plus petite que la surface vraie; et, pour que l'assimilation au corps soit parfaite, même en ce qui concerne la surface, il faut canneler ce cylindre sans modifier l'aire de sa base, augmenter la circonférence de cette base en la transformant en une ligne sinueuse qui pénètre dans l'intérieur du cercle et sort du cercle enlevant à sa surface des portions qu'elle lui restitue extérieurement, si bien que le périmètre et la surface latérale augmentent sans que le volume soit modifié.

Ce segment de cylindre, abstraction faite de sa surface latérale, s'il a 1 comme hauteur et $\frac{P}{H}$ comme volume, c'est ce que je nomme le *segment anthropométrique*.

Ce segment, chez l'homme normal, a la composition normale. Etant donné que 1 kilogr. moyen du corps de l'homme normal renferme : 160 gr. d'albumine dont 151,5 d'albumine fixe et 8,5 d'albumine circulante; 130 gr. de graisse, 660 gr. d'eau et 50 gr. de cendres, le segment anthropométrique de l'homme normal moyen dont le type $\frac{P}{H}$ est 4,2 a pour poids 4200 gr et renferme 636 gr. d'al-

ine fixe, 36 gr. d'albumine circulante, 546 gr. de sse, 2772 gr. d'eau et 210 gr. de cendres.

obésité ne changeant rien à l'albumine, à l'eau et aux res, si chez un obèse $\frac{P}{H} = 8$, le segment anthropo- rique pèsera 8000 gr., aura, comme le segment normal, gr. d'albumine fixe, 36 gr. d'albumine circulante, gr. d'eau. 210 gr. de cendres, mais il aura 4346 gr. de sse au lieu de 546 gr. ; ce qui donne au kilogramme du s la composition suivante : 79,5 d'albumine fixe, 4,5 bumine circulante, 346,5 d'eau, 26,5 de cendre et 5 de graisse.

n comprend l'importance de cette notion. Tandis qu'on pare généralement 1 kilogr. d'individu à 1 kilogr. d'un re individu pour l'estimation du taux de la nutrition uit du poids des matériaux éliminés, on devra se pénér de cette idée que ce qui est actif, ce qui subit ou voque les destructions, l'albumine, qui compte pour gr. dans 1 kilogr. d'homme normal, pourra ne plus pter que pour 84 gr. dans certains cas d'obésité.

a possibilité de calculer rapidement la surface du corps, notion du degré de corpulence correspondant au segment hropométrique, la possibilité de calculer la composition ce segment anthropométrique nous mettent en état de culer la quantité de l'albumine fixe, qui seule est active, la surface d'émission qui est, pour chaque individu, ribuée à l'unité de poids de cette albumine fixe.

es produits de la nutrition, les produits chimiques : e, acide carbonique, eau, et les produits dynamiques : ories, dépendent de la quantité de l'albumine fixe et de tensiié de son activité. L'action de cette albumine chez omme au repos dépend surtout de l'étendue de la surface r où se fait la déperdition de l'énergie.

Les notions précédentes aideront, je crois, à mesurer tte intensité de la nutrition.

Sur l'action physiologique des rayons X. — M. W. ookes. Je puis corroborer entièrement les observations savant auteur de la Note qu'on vient d'entendre (1).

Je crois cependant que les rayons X agissent avec une tensité différente sur différentes personnes.

En particulier, j'ai longtemps travaillé sur des tubes proisant ces sortes de rayons et j'ai été exposé à leur action ndant plus d'heures peut-être que la plupart des expémentateurs, sans pourtant en subir aucun effet ni sur le isage ni sur les mains. D'autre part, j'ai vu des effets phyologistes très marqués, analogues à ceux dont on vient e parler, se produire sur des personnes qui avaient été xposées aux rayons X beaucoup moins longtemps que moi.

Je suis donc tenté de penser que l'action très énergique, ouvent observée avec ces rayons, dépend, jusqu'à un ertain point, de l'idiosyncrasie de l'expérimentateur.

(1) Ces observations ont été présentees par M. Crookes à la suite de la lecture de la note de M. Sorel (*France Méd.*, n° 17, p. 263).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1897. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend : 1° Une lettre de M. le Dr Motais président de la Société de médecine d'Angers, invitant l'Académie à se faire représenter à la célébration du centenaire de cette Société qui doit avoir lieu le 2 juin. 2° Une lettre de M. le Dr Marie, candidat dans la section de pathologie médicale. 3° Une lettre de M. le Dr Duret (de Lille) qui se porte candidat au titre de correspondant national (2me division). 4° Une lettre de M. le Dr Germe (d'Arras) qui se porte candidat au titre de correspondant national (1re division). 5° Un pli cacheté sur la goutte, essai de psycho-pathologie des épithéliums, déposé par le Dr Piaggio, professeur d'anatomie à la faculté de Montevideo.

Radiographie. — M. P. Berger présente de la part de M. Malapert, de Poitiers, une radiographie ayant permis d'extraire chez un enfant de deux ans une épingle de laiton qu'il avait avalée.

L'œdème aigu du poumon. — M. H. Huchard fait une communication qu'il termine par ces conclusions :

Il m'a semblé utile d'appeler de nouveau l'attention sur une complication redoutable que l'on peut prévoir et prévenir dans certains cas, sur un accident intéressant par sa soudaineté, par les erreurs de diagnostic qu'il fait commettre puisqu'on le confond trop souvent : avec une syncope, surtout lorsque l'on a affaire à la forme foudroyante avec asphyxie blanche ; avec un accès de sténocardie, surtout lorsque les malades sont en même temps angineux par le fait de leur lésion aortique ; avec un simple accès d'asthme, quand la dyspnée dite aortique devenant paroxystique prend le masque pseudo-asthmatique ; avec la dyspnée toxi-alimentaire ou la dyspnée urémique *sine materiâ*, avec la congestion pulmonaire ou même encore avec une attaque d'asystolie aiguë. Erreurs graves, puisque si l'on croit à un accès angineux, à une crise asthmatique, l'idée ne viendra pas de pratiquer immédiatement une saignée générale et copieuse, capable de sauver un malade d'une mort presque certaine.

Il n'y a pas de syncope, puisque le cœur continue à battre et qu'il bat même follement. Il n'y a pas d'angine de poitrine, puisque le malade est surtout dyspnéique, et l'angine de poitrine est plutôt un accident d'endo-aortite, tandis que l'œdème aigu du poumon est souvent la conséquence de la péri-aortite. La sténocardie n'est pas non plus une « dyspnée douloureuse », car la sténocardie à forme asphyxiante admise par quelques auteurs n'existe pas, ou si elle existe, c'est parce que les aortiques peuvent avoir à la fois de l'angine de poitrine par coronarite, de la dyspnée toxi-alimentaire par insuffisance rénale, des poussées œdémateuses aiguës du poumon par péri-aortite. Il n'y a pas de congestion pulmonaire, à moins que l'élément congestif soit surajouté à la poussée œdémateuse. La dyspnée simplement urémique n'évolue pas avec cette soudaineté, et l'asystolie aiguë, quand elle survient, n'est qu'un phénomène secondaire.

Si j'insiste encore sur ce diagnostic, c'est parce que la thérapeutique lui est entièrement subordonnée ; c'est parce qu'il y a souvent des aortites et des néphrites latentes qui peuvent entrer brutalement en scène par un œdème aigu du poumon ; c'est parce que chez un goutteux, par exemple, on peut avoir une tendance à attribuer cet accident à la goutte seule, à une sorte de manifestation métastatique, et que la thérapeutique peut suivre ainsi une fausse voie. Or, souvent (je ne dis pas toujours) chez les goutteux présentant brusquement ces phénomènes jusqu'alors inexpliqués ou mal expliqués de poussées congestives ou œdémateuses, cherchez et vous trouverez une aortite ne se manifestant souvent que par le seul retentissement clangoreux du second bruit à droite du sternum, ou encore une de ces néphrites artérielles évoluant silencieusement sans hydro-

pisie avec quelques traces d'albumine qui peuvent même faire défaut. Chez ces malades, le traitement de la goutte ne fait rien, le traitement de la cause fait tout.

Si j'insiste, enfin, sur ces faits, c'est parce qu'il s'agit d'un de ces accidents au sujet desquels l'issue favorable dépend souvent de la promptitude de l'action thérapeutique. L'inondation œdémateuse, dans la forme suraiguë, détruit tout sur son passage : les cloisons alvéolaires se rompent, quelques lambeaux de l'endothélium se détachent et les capillaires sont comprimés d'une façon presque complète. C'est là une double dyspnée par défaut d'air et par défaut de sang, et le danger est de tous les instants, parce que l'œdème aigu équivaut par ses conséquences à la suppression de l'alvéole pulmonaire. Eh bien, dans ces cas si graves, en apparence comme en réalité, une décision prompte, énergique, urgente, s'impose : il faut ouvrir aussitôt largement la veine, sans crainte de la syncope et malgré l'aspect blafard du malade ; car ce n'est pas la syncope qui le menace, c'est l'asphyxie, comme dans les accidents gravido-cardiaques.

Voilà donc un pas de plus vers la réhabilitation de la saignée.

M. Debove. Nous avons observé autrefois beaucoup d'œdèmes aigus du poumon alors qu'on faisait la thoracentèse avec beaucoup moins de précaution qu'on ne la fait aujourd'hui. L'œdème aigu du poumon est encore observé assez fréquemment dans les maladies du cœur. J'ai de même observé un cas d'œdème aigu du poumon chez un savant illustre, professeur à la faculté, membre de l'Académie et dont le nom est présent à l'esprit de tout le monde (Charcot). Ce savant fut pris dans des circonstances particulièrement dramatiques d'œdème aigu du poumon et succomba au bout d'une demi heure avec une expectoration albumineuse très abondante.

M. Brouardel. Un médecin de nuit est appelé auprès d'un malade qu'il ne connaît pas et qui étouffe, ce médecin fait une injection de morphine puis s'en va ; le malade meurt peu de temps après et la famille attribue la mort à l'intervention du médecin. Le médecin légiste est alors en présence d'un cadavre chez lequel les poumons sont congestionnés, mais en outre il y a toujours une lésion des reins. Il ne faudrait pas toujours considérer tout accès de suffocation chez un cardiaque comme justiciable d'un traitement unique ; il y a là une grave question de responsabilité médicale.

M. Debove. Dans le cas célèbre que je viens de rappeler, il n'y avait pas eu antérieurement d'accès d'angine de poitrine. De même dans tous les cas d'œdème aigu du poumon que j'ai observés, il n'y avait pas eu antérieurement d'angine de poitrine. Généralement ces grands accès qui amènent la mort sont précédés d'une série de petits accès de suffocation.

M. Huchard. Ce que vient de dire M. Brouardel est parfaitement exact ; j'ai signalé dans mes observations cette coexistence d'une altération des reins ; mais il n'y a aucun rapport entre l'angine de poitrine et l'œdème aigu du poumon. L'angine de poitrine à forme asphyxiante n'existe pas ; l'angine de poitrine amène une mort brusque, l'œdème aigu du poumon fait mourir par asphyxie.

Ces œdèmes partiels survenant avant le grand accès exigent qu'on supprime complètement la médication iodée, surtout chez les malades qui ont une réelle intolérance pour les iodures.

M. Dieulafoy. Un individu meurt brusquement sur la voie publique, on trouve ou non une affection cardiaque, mais on trouve toujours une affection rénale, ainsi que me l'a appris M. Brouardel. Des individus atteints d'affections aortiques peuvent avoir des manifestations diverses. Je demanderai à M. Huchard s'il ne croit pas qu'un individu qui meurt d'un œdème suraigu du poumon n'est pas toujours un brightique. Je possède actuellement une douzaine d'observations dans lesquelles l'œdème aigu du poumon est survenu sans cause appréciable chez des brightiques qui n'avaient encore eu aucune manifestation. Ces malades guérissent quand ils sont pris très vite, quand on leur fait une bonne saignée et ils peuvent ne plus jamais être repris par la suite du même accident.

M. Huchard. J'ai dit tout à l'heure que dans toutes mes observations, j'avais trouvé une affection des reins, mais il faut qu'il y ait en plus une lésion aortique.

M. Debove. L'opinion de M. Dieulafoy ne me paraît pas exacte, parce que le type de l'œdème aigu du poumon est celui qui survient après la thoracentèse, et, dans ce cas, il n'y a pas d'affection des reins. Dans le mal de Bright, il n'y a pas de cas avancé où le cœur ne soit également lésé. La question devient tout à fait complexe et il est difficile de faire le départ entre ce qui doit revenir au cœur ou au rein.

M. Brouardel. J'ai fait des autopsies d'individus, morts d'un œdème aigu du poumon et chez lesquels il n'y avait pas d'affection cardiaque, chez lesquels il y avait seulement de la rétraction des reins. Lorsqu'un individu a une affection des reins, il peut succomber, surtout pendant l'hiver, lorsque le rein se congestionne, soit par le fait d'un coup de froid, soit à la suite d'un excès de boissons. Le gros danger c'est donc le rein, mais s'il se surajoute à cette affection du rein une affection cardiaque, on peut avoir ces graves accès d'œdème aigu du poumon.

Pendant le siège, on nous apportait à l'hôpital de pauvres soldats qui succombaient en quelques heures à un œdème aigu du poumon avec des foyers d'apoplexie, sous l'influence du froid. Il y a donc beaucoup de causes de l'œdème aigu du poumon.

M. Huchard. Je n'ai jamais observé l'œdème aigu du poumon dans le gros rein blanc, mais seulement dans la néphrite interstitielle artérielle, qui n'est pas seulement une maladie du rein, mais une maladie de tout le système artériel, et, par conséquent, de l'aorte. On a observé des cas d'œdème aigu du poumon dans l'hystérie, ce qui montre que le système nerveux peut jouer un grand rôle dans la production de ce phénomène.

Absorption cutanée des médicaments. — M. Linossier. Quand on fait des badigeonnages de teinture d'iode sur la peau, il s'en élimine quelques milligrammes par l'urine. Il est important de savoir quel rôle joue l'altération de l'épiderme. L'élimination de l'iode est à son maximum dans les premiers temps qui suivent le badigeonnage de teinture d'iode, c'est-à-dire à un moment où la peau n'est pas encore altérée ; l'altération superficielle de la peau semble plutôt fermer la voie à l'absorption que la favoriser.

Tous les corps volatiles peuvent être absorbés par la peau à la condition de ne pas altérer l'épiderme. L'iodoforme par exemple s'absorbe très bien par la peau sans provoquer aucune altération.

L'élongation vraie de la moelle épinière et son application au traitement de l'ataxie locomotrice ; recherches expérimentales et thérapeutiques. — MM. Gilles de la

JRETTE et A. CHIPAULT. Au cours des recherches sur l'ana- nie topographique du rachis et de la moelle épinière, us avons été frappés de ce que l'on pouvait, à l'aide de taines manœuvres bien définies, faire subir à la moelle e élongation manifeste, et nous avons cru devoir trans- rter cette donnée dans le domaine thérapeutique : ce nt nos investigations à ce sujet, poursuivies depuis entôt quatre ans, que nous désirons soumettre à l'Aca- mie.

La suspension, remarquons-le tout d'abord, ne produit s d'allongement appréciable de la moelle.

Au contraire, la flexion du rachis produit un allongement ai, mesurable avec un mètre souple ordinaire, de la elle épinière et des racines.

Tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une ongation insignifiante de la moelle, sa flexion sur un jet assis les jambes étendues produit une élongation de t organe de près de 1 centimètre, portant presque toute n action sur ses parties postérieures, au niveau des pre- ières paires lombaires.

Ces faits constatés, nous pensâmes d'emblée à en tenter pplication à la thérapeutique de l'ataxie locomotrice.

Avec des précautions et un appareil spécial, aucun acci- ent n'est à redouter, la respiration se fait librement, la rculation n'est en aucune façon gênée, à l'inverse de ce ui se produit généralement dans la suspension.

Nos recherches, à l'aide de notre appareil, ont porté sur eux groupes de sujets.

Nous avons d'abord expérimenté sur 10 individus valides, ui ont bien voulu se prêter à nos investigations, de façon nous permettre de nous rendre un compte exact des ensations éprouvées et de préciser ainsi la technique de intervention.

Nous avons ensuite opéré sur 47 ataxiques : 39 hommes t 8 femmes.

Disons, dès l'abord, que nous n'avons pas soumis indis- inctement tous les ataxiques qui se présentaient à la lexion rachidienne, mais seulement les ataxiques parvenus à la deuxième période de leur mal, en voie d'incoordina- ion, chez lesquels l'affection se révèle par son luxe habi- uel de symptômes : crises de douleurs fulgurantes dans les membres, crises viscérales, anesthésies variées, troubles génitaux et vésicaux ; si l'on n'intervient pas, les sujets de cette catégorie sont fatalement voués à une évo- lution progressive et assez rapide de leur mal : chez ces ataxiques, de tous les plus nombreux, la flexion du rachis constitue, à n'en pas douter, la méthode thérapeutique la meilleure, bien supérieure, en particulier, à toutes les autres méthodes mécaniques.

Nos observations le démontrent préremptoirement.

En effet, 22 de nos malades, soit près de la moitié, ont été améliorés suivant la presque totalité des symptômes de leur maladie. Cette amélioration a porté, en premier lieu et surtout, sur l'ensemble des phénomènes douloureux : crises à caractère fulgurant, troubles de sensibilité. En second lieu, nos malades ont retiré un grand bénéfice de la méthode par rapport aux troubles urinaires, la rétention en particulier : l'incontinence a été moins favorablement influencée sans que nous puissions en donner une interprétation suffisante.

A côté de ces 22 cas où le résultat a porté d'une façon générale sur la totalité des symptômes de l'affection, 15 autres en ont retiré des bénéfices analogues, mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement de ces symptômes.

10 de nos malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration. Cette proportion est d'un quart à peine, au lieu du pourcentage de 33 à 40 insuccès pour 100 établi dans notre première statistique portant sur 100 cas de tabes traités par la suspension dans le service du professeur Charcot à la Salpêtrière.

Nous conclurons donc en disant que, forts d'une expérience de plus de quatre ans, nous considérons la flexion rachidienne, seul moyen d'obtenir l'élongation vraie de la moelle, comme exempte des dangers de la suspension et comme permettant d'obtenir chez les ataxiques un bénéfice thérapeutique que l'on peut sans hésitation estimer au double de celui, déjà satisfaisant, que procurait cette importante technique.

A 8 h. 1/2 l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats au titre de correspondant national dans la 1re division (médecin). Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : En 1re ligne M. Lemaître, Prosper (de Limoges) ; en 2e ligne M. Vidal (d'Hyères) ; en 3e ligne, *ex æquo* MM Marvaud (de Toulouse) et Bertin (de Nantes) ; en 4e ligne *ex æquo* MM. Ledouble (de Tours) et Moniez (de Lille).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 avril 1897. — Présidence de M. DEBOVE.

Productions cornées de la peau dans la blennorrhagie. — M. CHAUFFARD. — M. Jacquet nous a communiqué un cas d'arthro-blennorrhagisme avec troubles trophiques et nous rappelait qu'il n'existait que deux observations semblables, une de M. E. Vidal, une de M. Jeanselme. Voici une quatrième observation.

Un homme jeune et vigoureux contracte la blennorrhagie pour la deuxième fois et a les mêmes accidents infectieux qu'à la première : orchite, ophtalmies aiguës, arthropathies multiples, aortite. L'état général est fortement atteint comme dans les autres observations : prostration, adynamie, langue sèche, émaciation extrême. Il y a en même temps une azoturie très marquée. Enfin kératose disséminée très prononcée.

On ne peut admettre que le sujet ait contracté deux fois une blennorrhagie d'une virulence extrême ; c'est plus vraisemblablement lui qui réagit d'une façon spéciale au gonocoque.

Pour M. Jacquet la blennorrhagie, le rhumatisme consécutif, la dermite papillaire diffuse en foyers avec hyperkératose toujours associés montrent que le système nerveux intervient d'une façon spéciale pour produire les lésions des jointures de la peau.

Frappé surtout de l'aspect cachectique des malades, je crois que la lésion cutanée est liée non à une variété d'arthro-blennorrhagisme mais à une virulence exaltée et cachectisante de l'infection gonococcique. Dans mon cas la kératose n'a pas succédé aux arthropathies ou plus exactement est apparue avant que les arthropathies n'aient disparu et semble bien avoir évolué pour son propre compte.

Une biopsie me permet d'apporter la démonstration histologique de la dermite papillaire. La coupe présente l'as-

pect d'un petit papillome à surface lisse et cornée et formée par l'emboîtement réciproque de papilles dermiques et de prolongement malpighiens. Les cellules malpighiennes ont conservé leur volume normal, la dentelure de leurs filaments, mais les noyaux sont en voie de prolifération kariokynétique.

Séro-diagnostic du choléra. — MM. Ch. Achard et R. Bensaude. Dès que M. Widal eût imaginé pour la fièvre typhoïde la méthode du séro-diagnostic, on peut dire que l'idée s'imposait d'en faire l'application au choléra. C'est en effet sur le bacille virgule, plus encore que sur le bacille d'Eberth, que les expérimentateurs avaient tout d'abord étudié le phénomène de l'agglutination. Nos recherches, dont les premiers résultats ont été publiés au mois de septembre 1896, ont porté sur 14 malades atteints du choléra au cours de l'épidémie qui a régné l'été dernier en Egypte. Le sang nous a été très obligeamment envoyé par M. Comanos Pacha (du Caire) et M. Trekaki (d'Alexandrie).

Sur ces 14 cas examinés, 13 fois le sérum nous a montré l'agglutination des cultures du vibrion cholérique. Le cas négatif concerne un malade dont le sang a été recueilli le troisième jour et qui est mort le jour même. La réaction était particulièrement nette chez des sujets qui se trouvaient au troisième, quatrième, sixième jour de la maladie et au vingt-huitième jour de la convalescence. Elle existait aussi au deuxième jour et même chez deux sujets au premier jour : ce fait, s'il était confirmé, aurait une grande portée pratique ; toutefois nous estimons qu'il y a lieu de faire quelques réserves à ce sujet, car nous ne savons pas s'il y a eu des prodromes et quel a été le début exact de la maladie.

Dans plusieurs de ces cas nous avons pu faire l'examen bactériologique des selles et confirmer ainsi les indications fournies par le sérum. Nous nous sommes assurés que le sang de sujets sains ou atteints d'affections autres que le choléra ne produit pas l'agglutination des vibrions. Ces recherches de contrôle ont porté sur 30 sujets ; dans deux cas, chez des urémiques, nous avons eu avec le sang des amas peu nombeux, peu volumineux qui, en somme, n'étaient point comparables à ceux observés avec le sérum des cholériques. Il faut donc plus rigoureusement encore que pour la fièvre typhoïde n'admettre comme réaction positive que celles qui sont absolument démonstratives. En outre, la recherche de la séro-réaction présente des difficultés plus grandes que pour la fièvre typhoïde et elle exige certaines précautions.

La répartition de la propriété agglutinante dans les diverses humeurs paraît soumise, chez l'animal au moins, aux mêmes lois que dans les autres infections à microbes agglutinables : elle est faible dans la bile et l'humeur aqueuse ; elle passe dans le lait ; elle peut aussi traverser le placenta et passer dans le sang du fœtus. Chez l'homme nous n'avons eu à notre disposition, outre le sang, que les déjections intestinales de six malades ; dans aucun de ces cas, elles ne donnaient la réaction.

Ces recherches établissent que la réaction agglutinante existe chez l'homme dans la période d'état et dans la convalescence du choléra. Elles montrent aussi que la réaction agglutinante peut rendre des services dans le diagnostic du choléra ; mais n'ayant pu observer les malades sur place, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer l'étendue de ces services. Il y a cependant tout lieu d'espérer qu'elle pourra être substituée avec avantage à l'examen bactériologique des selles pour déterminer promptement la nature d'une épidémie suspecte et qu'elle pourra servir à éclairer la question si épineuse des rapports du choléra nostras et du choléra indien.

Sur la signification du pigment ocre. — MM. E. Janselme et P.-H. Papillon. Au cours d'une récente discussion qui a eu lieu ici-même, touchant la pathogénie du diabète bronzé et la genèse du pigment ocre en général, l'un de nous a soutenu que la présence de ce pigment suppose une destruction globulaire très active.

A l'appui de cette hypothèse, on peut fournir deux arguments : 1° l'accumulation de grains pigmentaires dans les petits vaisseaux des parenchymes est un fait indéniable, qu'on ne peut guère interpréter que dans le sens d'une hématolyse intra-vasculaire massive ; 2° la condensation du pigment dans certains organes est telle qu'elle ne saurait s'expliquer sans une déstruction globulaire réellement colossale. Le calcul le démontre avec évidence, et MM. Auscher et Lapicque estiment que la quantité de pigment contenu dans le foie d'un individu qui succombe au diabète bronzé correspond à plus de 30 litres de sang, c'est-à-dire à plus de cinq fois la totalité de la masse sanguine.

Plusieurs objections ont cependant été formulées contre cette théorie. Il y a désaccord, a-t-on dit, entre les recherches faites pendant la vie — qui montrent l'absence de granulations pigmentaires dans le sang des sujets atteints de diabète bronzé — et l'hypothèse d'une destruction exagérée des hématies. Nous ferons remarquer que, dans le diabète bronzé comme dans l'impaludisme chronique, le pigment ocre séjourne dans les petits vaisseaux des organes, où il est pour ainsi dire immobilisé. Sauf exception rare, il ne sort pas du réseau des circulations locales pour entrer dans la circulation générale.

On a aussi objecté que dans le diabète bronzé l'anémie globulaire est peu intense. Mais dans l'unique cas où un examen hématologique complet fut pratiqué, la rénovation sanguine n'était pas amoindrie ; on peut donc supposer que, dans le diabète pigmentaire, le sang répare au fur et à mesure ses pertes en éléments figurés.

Que si l'on envisage, au contraire, d'autres affections hématiques, également caractérisées par la surchage des organes en pigment ocré, mais dans lesquelles l'évolution est rapide et la suspension de l'hématopoièse pour ainsi dire initiale, l'anémie globulaire se démasque dès les premières phases de la maladie. Nous venons d'en observer un remarquable exemple ayant pour traits principaux : une évolution rapide (moins de deux mois), une diminution considérable du nombre des hématies (qui s'abaisse à 920.000 peu de temps avant la mort), un ictère léger, une hypertrophie splénohépatique sans leucémie, une surcharge de pigment ocre encombrant les cellules et les petits vaisseaux du foie, de la rate et des reins. Notre théorie trouve dans ce fait, qu'il n'est pas possible de faire rentrer dans l'un des cadres de la nosologie classique, tous les éléments d'une démonstration rigoureuse : la déglobulisation excessive comme point de départ, le dépôt de pigment ferrugineux dans les parenchymes comme aboutissant, et, comme intermédiaire, l'accumulation de granulations pigmentaires dans les capillaires des organes.

Au surplus, cet exemple n'est pas isolé et nous avons pu réunir sans peine de nombreuses observations, appartenant aux états pathologiques les plus divers, mais toutes caractérisées par ces deux ordres de lésions : une anémie glo-

aire excessive et une surcharge pigmentaire des organes. out ce qui précède — considérations théoriques et statations matérielles — nous dicte en quelque sorte te conclusion : la surchage pigmentaire est consécutive a destruction exagérée des hématies ; mais il faut un tain temps pour que les déchets globulaires se transfor- nt en pigment ocre. Aussi, dans les états pathologiques globulisation excessive, quand la mort survient préma- ément, du fait de la lésion sanguine, on ne trouve à topsie qu'une quantité minime de pigment fixé dans les ganes. Au contraire, une survie plus considérable permet e condensation plus parfaite du pigment.

Mais que la marche soit rapide ou lente, la présence du gment ocre en abondance dans les tissus (abstraction faite cas où ceux-ci auraient été le siège de suffusion san- ine) signifie presque toujours destruction globulaire.

La lésion primordiale porte donc sur le globule sanguin ; ssi, les affections dans lesquelles le pigment ocre est ondant peuvent, à bon droit, être considérées comme des aladies hématiques.

Arthrites pneumococciques au cours d'une pneumo- e. — MM. Duflocq et Ledamany rapportent l'observation un malade âgé de 32 ans entré à l'hôpital pour un rhu- atisme articulaire chronique, et qui, au cours d'une eumonie survenue à l'hôpital, présenta des arthrites ppurées aiguës d'origine pneumonique.

Les articulations qui étaient lésées antérieurement cons- tuaient un *locus minoris resistentiæ*.

Dans ce cas plusieurs articulations furent prises, le lus souvent, au contraire, l'arthrite pneumococcique est nique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 avril 1897. — *Présidence de* M. Bouloumié.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

A propos du procès-verbal, la parole est démandée par M. Armaingaud.

M. Armaingaud tient à protester contre la formule pro- noncée par quelques orateurs à la dernière séance : La tu- berculose est la moins contagieuse de toutes les maladies contagieuses. Certainement, prise au pied de la lettre, cette proposition est vraie, mais cela ne veut pas dire qu'avec une contagiosité moindre que celle de la rougeole, de la scarlatine ou de la variole, elle ne fasse pas beaucoup plus de victimes, parce que les germes de la rougeole, de la scarlatine ou de la variole ne rencontrent, le plus souvent, que des organismes immunisés par le vaccin ou des atteintes antérieures, et que d'ailleurs on en meurt excep- tionnellement, tandis que de la tuberculose on guérit exceptionnellement.

Ne craignons pas que le peuple s'effraye de la vérité. Il est en droit de la connaitre et loin de l'alarmer, elle lui servira de sauvegarde.

M. Leudet, sans nier l'importance de l'agent virulent et contagieux, pense qu'il y aurait quelque danger à diffuser cette notion dans le public, trop enclin à s'en alarmer. Au contraire, apprenons lui à fortifier le terrain, à vivre au grand air, à ne pas s'alcooliser, à fumer le moins possible. et nous aurons fait de bonne prophylaxie, la seule vraiment utile.

M. Armaingaud. Non, il ne suffit pas de prêcher l'hygiène au peuple, il faut qu'il sache que le contagion se fait par des êtres connus, des agents microbiens saisissables et évitables, infiniment petits parfaitement connus, qui se transportent d'homme à homme principalement par l'in- termédiaire des crachats. Cela est net, cela est positif, le public a le droit de le savoir.

M. Jullien. Bien pénétré du danger des crachats, la commission de la tuberculose avait l'an dernier insisté sur la nécessité de stimuler le zèle des fabricants, à l'effet de construire des crachoirs portatifs et commodes. Mais les efforts faits dans ce sens par notre commission n'ont guère trouvé faveur auprès de la société. On a souri et le concours proposé n'a pas été adopté.

Plus logiques et plus conséquent que nous, les citoyens d'un pays de liberté n'ont pas hésité à donner le signal de la réglementation la plus rigoureuse à cet égard, et je me fais un devoir de vous signaler l'arrêté qui vient d'être pris aux États-Unis d'Amérique contre les crachats et les cra- cheurs. Il a été promulgué par le conseil de santé du village de Saranac (New-York) et je le trouve reproduit dans la *Médecine moderne* (numéro du 21 avril).

« Attendu que les matières expectorées par les personnes atteintes d'une maladie quelconque des voies respiratoires, poumons, gorge, bouche et nez, contiennent des germes capables de transmettre la même maladie aux autres per- sonnes.

« Le Conseil de santé du village de Saranac Lake déclare expressément que le rejet au hasard de ces matières dans des endroits où la maladie pourrait être communiquée aux personnes saines est un danger pour la santé publique et pour ce motif adopte les prescriptions suivantes :

« Art. Ier. — A toute personne qui expectore en raison de quelque maladie des voies respiratoires, il est formelle- ment interdit de cracher sur le parquet des maisons, églises, écoles, magasins, dans les promenades, ou dans tout autre endroit où les matières expectorées pourraient transmettre la maladie.

« Art. II. — Toute personne qui transgressera le premier article de cette ordonnance sera passible d'une amende n'excédant pas 5 dollars (25 francs) pour une infraction, et 25 dollars pour une infraction ultérieure.

« *Nota.* — Les hôtels, auberges et maisons meublées de- vront être munis de crachoirs pour l'usage de leurs hôtes. Les crachoirs devront être désinfectés chaque jour et con- tenir une certaine quantité d'une solution antiseptique.

« Les personnes qui auront besoin d'expectorer dans la rue devront être munies de petites pièces d'étoffe qui après usage devront être conservées et brûlées dans le plus bref délai possible. Des morceaux de papier chinois ou de pa- pier à toilette répondent à ce besoin. Le fait de jeter ces papiers sans les brûler, après s'en être servi, sera regardé comme une violation de l'ordonnance.

« On ne devra jamais se servir de mouchoirs pour rece- voir les matières expectorées. Si on le fait, les mouchoirs devront être bouillis ou lavés dans une solution antiseptique dans le plus bref délai avant d'être envoyés au blanchis- sage. »

Je ne sais si cette loi nouvelle est fidèlement observée, mais elle trahit à coup sûr l'esprit scientifique d'un pays

qui ne recule pas devant l'application pratique des découvertes modernes, et je regrette que sur ce point, nous français, et nous Société de médecine, nous n'ayons pas la même décision courageuse.

M. Martha. J'ai suivi avec intérêt une expérience qui vient de se faire à Laennec. A l'instigation de M. le professeur Landouzy, on a établi dans les corridors de cet hôpital des crachoirs à hauteur d'homme. Les résultats m'en semblent très défectueux ; à partir de onze heures du matin ces récipients débordent de produits immondes et loin d'inviter les cracheurs, ils les détourneraient plutôt.

M. Leudet. J'insiste à nouveau sur la prééminence à donner au terrain dans l'étiologie et dans la prophylaxie de la tuberculose. Quand l'organisme est miné par un vice de nutrition, privation, misère, chagrin, c'est alors que le bacille prospère. Et ne voit-on pas les prisonniers devenir tuberculeux sans avoir de rapports avec aucun malade ? C'est que les bacilles qu'ils portaient en eux ont trouvé dans la réclusion et les privations auxquelles sont condamnés ces malheureux la raison de leur développement.

M. le Président résume la discussion en insistant à son tour sur l'importance du facteur microbien, qui seul, par la précision qu'il a imposée à nos constats, a pu faire sortir l'hygiène du bavardage et du lieu commun. Loin de nous décourager, cette notion doit nous remplir d'espoir, car plus qu'aucune autre elle peut inspirer les vraies règles qui nous conduiront un jour à terrasser un fléau qui cause en France le sixième de la mortalité.

La Correspondance manuscrite comprend des lettres de MM. Morau, Apostoli, Brossard, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, une lettre de remerciements de M. Hugues (de Saïda), nommé membre correspondant.

La Correspondance imprimée comprend les revues et journaux habituels.

M. le Président annonce à la Société que M. Fabre (de Commentry), membre correspondant, assiste à la séance, et salue M. Grasset, membre titulaire, qui assiste à la séance pour la première fois.

Le Secrétaire général a reçu de l'Ambassade française d'Espagne, à laquelle il s'était adressé, une lettre l'informant de la mort déjà ancienne de Son Excellence Joachim de Hysern, habitant Madrid, et membre correspondant étranger de la Société.

M. le Président a le plaisir d'annoncer à la Société que M. de Beauvais a bien voulu se charger de prononcer à la séance d'installation du bureau de 1898 l'éloge de notre si regretté collègue, M. Duroziez.

M. Bouloumié. J'offre à la Société un travail sur les *Maladies des femmes, étude de thérapeutique comparée chirurgicale et hydrologique.* Dans cet ouvrage, je me suis efforcé d'établir avec rigueur et impartialité le bilan des thérapeutiques médicale, thermale et chirurgicale en ce qui concerne la gynécologie. Ce travail m'a semblé particulièrement opportun à l'heure où de tous côtés se dessine une réaction contre les abus du bistouri.

M. Guépin. Messieurs, M. le Dr Marmisse (de Bordeaux), membre correspondant de la Société, nous adressait, lors de notre dernière séance, deux brochures, dont il demandait l'analyse, et une communication dont le sujet se rattache aux précédents et les continue pour ainsi dire.

Chargé du soin de vous présenter ces travaux, je le ferai dans l'ordre logique.

1° *La méthode de Brown-Séquard ou séquardothérapie* fait l'objet d'une petite brochure où l'auteur énumère les avantages de la voie rectale pour l'administration du médicament orchitique. Parmi les principales indications de cette thérapeutique, il cite la sénilité, l'anémie, la chlorose, l'impuissance sexuelle, la lèpre, l'ataxie locomotrice.

2° *Le manuel d'autoséquardothérapie orchitique au moyen de la voie rectale* est destiné à apprendre aux malades la préparation de l'extrait testiculaire et la technique des injections intra-rectales de cet extrait.

On prend de préférence des testicules de taureau. Dépouillés de leurs enveloppes, coupés en petits morceaux, ils sont plongés dans un poids égal de glycérine à 30°. Après dix à douze jours de macération, on obtient un liquide roussâtre, qui, filtré sur l'ouate, est bon à utiliser.

L'ampoule rectale anesthésiée par 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans 15 grammes d'eau, gardés cinq à dix minutes, avec la même poire, on pompe 15 centimètres cubes d'extrait que l'on injecte dans le rectum. On recommence de même et trois quarts d'heure après, les 30 centimètres cubes sont expulsés au dehors.

Les injections répétées d'abord 10 fois chaque jour, seront faites ensuite tous les deux, quatre et cinq jours. L'effet attendu est parfois lent à se produire.

3° *La sérothérapie anti-pesteuse par la voie rectale* ; basée sur les procédés analogues.

Je laisse à l'auteur la responsabilité entière de sa méthode d'injection intra-rectale et je vois un réel danger à l'usage de la cocaïne qui, à des doses bien moindres que celles qu'il emploie, a causé des accidents mortels.

M. Dubuc n'a pas entendu sans émoi la lecture de la formule proposée par M. Marmisse et rappelle quels terribles accidents la cocaïne dans le rectum a causés avant que sa posologie ne fut bien connue. Dans un cas d'injection intra-vésicale, M. Dubuc dut évacuer en hâte la cavité pour sauver la vie de son malade.

La solution dont on s'était servi avait pourtant été formulée par un des maîtres de la chirurgie ; on ne saurait être trop prudent en pareil cas.

M. Jullien. J'ai beaucoup employé et j'emploie encore la séquardo-thérapie, à laquelle j'ai du quelques bons résultats de relèvement et de tonification générale. Sur un très grand nombre d'injections, j'ai eu malheureusement 2 abcès, sans aucune gravité d'ailleurs, l'un chez un diabétique, l'autre chez une vieille syphilitique atteinte de gommes ramollies simulant, au point que nombre de médecins s'y étaient mépris, la phtisie pulmonaire. Ayant analysé le pus de ces abcès au point de vue bactériologique, j'y reconnus le *proteus*, ce qui me permit d'en rejeter uniquement la faute sur les préparateurs du liquide, puisque cet organisme provient des détritus animaux. J'eusse été inconsolable d'y rencontrer un streptocoque ou tel staphylocoque de la suppuration ordinaire.

Quoi qu'il en soit, dès 1892, je substituai, chez quelques malades, l'injection intra-rectale à la piqûre sous-cutanée. J'utilisai pour cela un modèle de canules proposé par Condamin de Lyon pour les injections de morphine intra-rectales, et qui s'adapte à frottement sur les seringues de 3 ou de 5 grammes employées dans la séquardo-thérapie. Le procédé est des plus simples, et très pratique, et je crois que les effets peuvent être comparés d'assez près à ceux des piqûres.

Mais ce que je tiens à dire, c'est que dans ces conditions

n'ai jamais fait usage de cocaïne. L'injection ne provoque aucune douleur, pas même une sensation désagréable ; au reste je n'ai jamais ajouté de cocaïne au liquide que j'insinuais sous la peau, qui lui-même est parfaitement toléré, quand il est bien préparé. Je suis de l'avis de mes collègues, tout en approuvant le principe de l'orchido-thérapie telle que la préconise M. Marmisse, je crois que la prudence conseille de mettre en garde les partisans de cette méthode contre l'adjonction d'un alcaloïde dangereux et certainement inutile.

M. Baraduc continue sa communication sur la **galvanisation du pneumo-gastrique dans les dyspepsies anachlorhydriques.** (*Sera publiée*).

M. le Président remercie M. Baraduc de son intéressante communication :

Le vote sur les candidatures donne les résultats suivants :

M. Vigier est nommé membre associé résidant par 4 voix sur 14 votants.

M. Mourão Pitta est nommé membre correspondant étranger par 13 voix sur 13 votants.

La séance publique est levée à 5 h. 3/4.

A l'issue de cette séance a lieu une réunion du Conseil d'administration.

Le Secrétaire : Mouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 30 novembre 1896. — Prés. de M. le Dr Dromain.

M. Genesteix annonce la candidature de M. le Dr Ribell, 68, boulevard Saint-Germain, présenté par MM. Boissier et Furet. M. Ancelot est chargé du rapport sur la thèse de M. Ribell, la maladie de Friedreich. MM. Petit et Valude sont rapporteurs moraux.

M. Dromain offre à M. Genesteix les remerciements de la société pour l'impression du compte rendu des travaux de la société en 1895.

M. Boissier communique une « *note sur un cas de pachyméningite prise pour une paralysie générale.* »

M. Petit fait une communication sur les *tiges intra-utérines.*

M. Depasse demande à M. Petit s'il a eu l'occasion de se servir de l'électrolyse cuprique qui présente de grands avantages en certains cas.

M. Petit répond que ce procédé est défectueux parce qu'il est difficile d'enlever la tige sans déterminer un peu de saignement de la muqueuse.

M. Dauchez demande si M. Petit s'est servi du pansement à l'ichtyol qui est employé journellement à Saint-Lazare par M. Jullien avec d'excellents résultats.

M. Petit dit que l'ichtyol est irritant, et qu'à la suite de l'application de glycérine ichtyolée au 1/20, il a su se produire une desquammation complète du vagin. L'ichtyol d'ailleurs n'est pas toujours semblable à lui-même, ce n'est pas un produit fixe, et il peut être selon les cas plus ou moins irritant. Il agit surtout comme révulsif.

M. Depasse fait une communication sur l'*Industrie du battage des tapis.*

M. Foucard demande pourquoi on n'a pas eu l'idée de brûler les poussières pour s'en débarrasser.

M. Depasse répond qu'on a essayé, mais que cela produisait des explosions.

On fixe au 23 janvier le banquet annuel chez Foyot.

La séance est levée.

F. Furez.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril 1897. — Présidence de M. E. Delens.

De la péritonite à pneumocoques. — M. Jalaguier. Dans l'observation de M. Malapert sur laquelle M. Brun a fait un rapport, il s'agissait bien, je crois d'une péritonite à pneumocoques.

J'ai eu l'occasion d'en voir 5 cas. Dans un l'ouverture se fit spontanément et l'enfant guérit. Des quatre autres, l'un mourut après incision qui donna issue à des litres de pus, mais laissa deux poches oubliées. Les autres guériront. Je ne fais plus que le lavage avec l'eau salée. Quant au drainage, je le fais avec de gros drains rigides entourés de gaze salolée ou iodoformée. Ce drainage permet de plus si la température s'élève de faire des lavages secondaires.

M. Gérard Marchant. M. Richelot a soulevé plusieurs questions. La péritonite purulente septique généralisée est-elle curable? On nous a fait remarquer que ce n'étaient souvent que des péritonites enkystées. Aussi doit-on se montrer discret dans les manœuvres qui pourraient briser les cloisons protectrices. Je pense que les péritonites généralisées peuvent exister. J'ai eu deux cas où la guérison est survenue après l'intervention. Un enfant atteint de douleurs vives, avec température élevée et pouls à 70°, avait de la matité dans la fosse iliaque. Je fis la laparotomie médiane, j'eus du pus, du pus crémeux et dans les fosses iliaques du liquide des plus odorants, à droite l'appendice était décapité, avec plaques gangréneuses ; dans le pus se trouvait un petit calcul. L'intestin était couvert de plaques grisâtres, avec pus entre les anses, je le déroulai jusqu'au foie, jusqu'à la rate. Or l'enfant a guéri.

Une femme de 53 ans était au 4^e^ jour d'une perforation de l'appendice. A l'incision on sortit du pus en abondance et on trouva des fausses membranes recouvrant toutes les anses intestinales.

S'agissait-il d'une péritonite à pneumocoques ? L'examen bactériologique n'a pas été fait. Mais est-il possible de pouvoir dès maintenant distinguer la gravité de la péritonite d'après la nature du microbe qui l'anime? J'ai tenu grand compte dans les deux observations de la matité intestinale, ce qui m'a conduit à l'intervention hâtive. De même la légère hémorrhagie intestinale. Il faut s'attacher à dépister les premiers symptômes qui nous mènent à l'intervention avant que l'infection générale de l'organisme se soit produite.

Dans le cas de péritonite, c'est à la laparotomie médiane, longue, qu'il faut avoir recours, elle permet de nettoyer tous les culs de sac, elle permet de faire la toilette de l'intestin, d'enlever toutes ces plaques qui existent sur la surface de l'intestin, sur les deux faces du mésentère.

J'ai abandonné les lavages du péritoine. Quant au drainage avec un tube, je ne le crois pas suffisant, il faudra y ajouter une sorte de bourrage à la gaze iodoformée qui fait une sorte d'aspiration capillaire et continue qui vide les cavités où pourrait s'accumuler du pus.

M. Routier. Je suis tout à fait de l'avis de MM. Brnn et Kirmisson qui, dans le cas de péritonite présentée par M. Malapert qui a fait l'objet du rapport de M. Richelot, voyaient une péritonite à pneumocoque.

M. Nelaton. Je voulais vous présenter une malade à laquelle par une laparotomie je vidai différents foyers de péritonite suppurée. Il y avait des foyers dans chacune des fosses iliaques. Il y avait 3 énormes foyers enkystés séparés les uns des autres répandus dans les cavités péritonéales. La malade guérit.

Chez une autre malade, j'avais ouvert un foyer dans le petit bassin et à l'autopsie je trouvai un autre foyer derrière l'estomac, suite d'une perforation de cet organe.

Je vous ai déjà présenté une autre malade guérie par la laparatomie, ayant été atteinte d'ascite purulente et à laquelle j'enlevai les annexes suppurés, origine de la péritonite.

J'ai vu une autre malade qui me montra toutes les anses intestinales adhérentes à la paroi, et je ne pus ouvrir toutes les cavités, aussi la malade succomba.

Des myxomes du bassin. — M. Berger. Un homme dans mon service, à la fin d'octobre, entrait porteur d'une énorme tumeur de l'iliaque. Cette tumeur provoquait des douleurs atroces du côté du membre inférieur et une paralysie complète du triceps fémoral. La tumeur était bosselée et irrégulière, circonscrite, donnant les apparences d'un chondrôme, mais le développement était trop rapide pour qu'on put croire à un chondrôme. Elle allait de la colonne vertébrale, en refoulant les intestins, fixée complètement en bas, elle s'étendait jusqu'aux fausses côtes sous la paroi abdominale antérieure.

Je fis une incision depuis l'épine iliaque antérieure jusqu'à l'angle costo-vertébral. Je pus dégager la face externe, la face supérieure. Mais au niveau de la fosse iliaque, un prolongement se dirigeait sous les vaisseaux iliaques et le nerf. Il existait une adhérence au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Je pus la détacher, et le prolongement sous les vaisseaux se dégagea facilement.

Le malade se rétablit assez vite et l'examen pathologique démontra qu'on avait affaire à un myxôme.

Les faits sont assez rares et les auteurs n'en ont guère donné de relations. Mais un certain nombre de myxômes des parties molles ont peut-être été dus à une implantation osseuse, plus ou moins longue, plus ou moins grêle. Quoi qu'il en soit, je ne crois pas qu'il y ait d'autre observation que la mienne pour démontrer aussi clairement l'existence des myxômes à point de départ osseux.

Le diagnostic clinique de la nature de la tumeur paraît des plus difficiles sinon impossible.

Je peux ajouter un autre fait, ayant trait à une tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus, et que croyant être un ostéosarcôme j'extirpai en enlevant tout le squelette de l'épaule par la désarticulation inter-scapulothoracique.

M. Kirmisson. Je veux faire ressortir un fait qui découle des observations de M. Berger, c'est la pédiculisation imprévue autant que grêle de ces tumeurs myxômateuses à l'encontre des sarcômes qui s'étalent et prennent un large plan d'implantation.

Occlusion intestinale par tension et par paralysie. — Deux cas présentés par M. Legueu.

Anévrisme diffus inflammatoire de la tibiale postérieure. Ligature et guérison. — Présentation de pièces par M. P. Bazy.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Association générale des médecins de France.

La 38e Assemblée générale de l'Association a été tenue à Paris les 25 et 26 avril. Un très grand nombre de délégués des Sociétés locales y assistaient.

Séance du 25 avril.

M. Thibierge, au nom d'une Commission composée de MM. Bucquoy, Blache et Thibierge, donne lecture du rapport sur l'élection du président général de l'Association. M. Lannelongue, président sortant, dont les pouvoirs expiraient cette année, a été réélu pour une période quinquennale par 3.755 voix sur 3.778 suffrages exprimés.

Allocution de M. le prof. Lannelongue

Après avoir rappelé les principales pertes subies par l'Association pendant l'année écoulée — celles notamment des Drs Burdel (de Vierzon) et Morvan (de Launilis) — M. Lannelongue s'exprime ainsi :

Je dois maintenant vous remercier de ma réélection. Si je m'en rapporte au relevé des votes d'après lequel 3.755 voix m'ont été attribuées sur 3.778 exprimées, je constate que vous m'avez donné cette fois le plus grand nombre de suffrages que jamais président ait obtenu et j'ai encore la satisfaction de me considérer comme élu à l'unanimité, puis-je dire, puisque c'est à peine si quelques voix se sont détournées de l'ensemble.

Ce résultat me touche d'autant plus que sur un autre champ de bataille la fortune ne m'a pas accordé les mêmes faveurs. Le contraste de ces deux élections au Sénat et à votre présidence, me porte à penser que ma vraie place est parmi vous, et que si j'ai fait une incursion rapide dans la politique, c'est, en somme, au foyer médical que je dois m'asseoir désormais, heureux de reconnaître que la chanson dit vrai et « qu'on revient toujours à ses premières amours ». (*Applaudissements.*)

Je me félicite d'avoir trouvé, durant ma présidence dernière, un écho favorable à la fondation de la Caisse des veuves et des orphelins.

A peine éclos, le bourgeon a poussé vigoureusement ; la Caisse, déjà pourvue de 50.000 francs environ, est en plein fonctionnement ; elle peut déjà faire du bien ; son avenir est rempli non d'espérances mais de réalités certaines et grandes. Pourrait-on concevoir, en effet, quelque entrave dans le développement d'une œuvre dont la création s'inspire des mobiles les plus délicats et les plus généreux, puisqu'elle s'adresse aux femmes, aux mères, aux enfants des nôtres, c'est-à-dire au meilleur de nous-mêmes ?

L'Association doit évoluer ; elle ne saurait être, aujourd'hui, la même qu'à son origine. Et pourtant, elle n'a pas modifié ses statuts ; mais l'esprit est autre, et c'est suffisant pour interpréter la lettre en élargissant les cadres et tout en respectant les bases si solides de l'édifice primitif. C'est là l'esprit nouveau que j'apporte pour mon compte et que je voudrais voir entrer de plus en plus dans votre Association, esprit qui ne doit rien confier aux aventures, mais qui doit toujours viser les sources nouvelles du bien, parce que de là il va se répandre sur la corporation médicale tout entière, comme se répandent dans les plaines les eaux qui descendent des lieux élevés.

Mais votre Association, si prospère qu'elle soit, ne l'est

s encore assez, tant s'en faut. Je ne sais pas si vous en es aussi pénétrés que moi, mais ma conviction est si pro- nde que je ne puis et ne dois pas la taire.

Les difficultés de la vie augmentent chez nous considéra- ement chaque année. Le nombre des étudiants en méde- ne a presque doublé depuis vingt ans (je ne parle pas s étudiants étrangers, question résolue aujourd'hui au ré de tous et à laquelle le doyen de la Faculté, M. Brouar- el, auquel je me suis associé, a puissamment contribué).

Cela veut dire que le nombre des médecins va sans sse en augmentant et, d'un autre côté, les progrès de hygiène, la presse politique aussi bien que médicale, les ombreuses mesures de prévoyance que l'on prend de utes parts, ont singulièrement étendu la *facilité de gué- ir, je devrais dire de se soigner*, sans le concours des édecins.

De là des changements brusques et inattendus ; pour les nciens un travail beaucoup moindre et beaucoup moins émunérateur en même temps, par le fait de la concur- ence ; pour les nouveaux des difficultés grandissantes, de a gêne plus longtemps prolongée, des embarras rudes et rands, quand ce n'est pas l'impossibilité d'aboutir.

Un pareil état de choses conduit nécessairement à des nfortunes plus nombreuses et plus grandes. C'est pour ela que je renouvelle un appel encore plus pressant en lemandant à tous mes confrères, aux jeunes surtout, de ne pas s'isoler, de venir à nous, d'abord avec une intention onfraternelle et aussi en n'oubliant pas que nous vivons ans un temps où nul ne peut savoir quel sera son lende- main. (*Applaudissements*).

M. Blache, trésorier, lit son rapport sur la *situation fi- nancière pour l'exercice 1896-1897*. Il en résulte que le bé- néfice net se solde par 72.418 francs pour l'ensemble des trois caisses (fonds généraux, pensions viagères, veuves et orphelins). « Cette dernière caisse, dit M. Blache, autorisée par arrêté ministériel du 12 novembre 1896, vient de rece- voir un don de 5.000 francs de M. Lannelongue, à l'occasion de sa réélection. Les secours à tirer de cette caisse ne pouvant être prélevés que sur les revenus, les distributions commenceront seulement lorsque le capital sera de quel- ques centaines de mille francs ».

L'avoir actuel des trois caisses est de 1.923.532 francs, ce- lui des sociétés locales d'environ 1.110 000 francs, ce qui porte la fortune de l'Association à 3.033.552 francs.

M. Motet fait un rapport sur l'exposé financier et la ges- tion financière, puis M. Lereboullet, secrétaire général, lit un compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année écoulée. Nous ne pouvons, faute de place en reproduire des extraits. Relevons seule- ment que le nombre des membres de l'Association est de 8.360, dont 413 adhérents nouveaux en 1896-97.

ÉLECTIONS.

Sont élus :

Vice-président : M. Leroux (de Versailles), président de la Société de Seine-et-Oise, en remplacement de M. Dufay, démissionnaire.

Sont réélus membres du Conseil, MM. Brouardel, Chauf- fard, Lande, Riant et Surmay, membres sortants, rééli- gibles.

Sont élus membres nouveaux de ce Conseil, MM. Sain- ton (Aube), Dieu, directeur du service de santé au minis- tère de la guerre, et Villard, président de la Société des Bouches-du-Rhône.

M. Richelot donne lecture du *Rapport sur les pensions viagères*. L'Association compte actuellement 77 pensionnés, 48 à 600 francs, qui absorbent un capital de 724.941 francs, et 29 à 800 francs qui absorbent un capital de 662.824 fr. Le total des 77 pensions représente donc la somme de 1.387 765 francs.

Il y a eu en 1896-97 trois extinctions de 800 francs qui ont fait réintégrer une somme de 68.568 francs, et dix de 600 francs qui ont fait réintégrer 145.788 franc. Total : 214.356 francs.

Les pensions de 600 francs ont coûté, selon le revenu donné par la caisse de la vieillesse, de 12.191 francs à 17.142 francs. Chaque pension de 800 francs immobilise donc un capital de 22.856 francs.

On a reçu neuf demandes nouvelles, et on peut satisfaire à toutes.

Séance du 26 avril.

A l'unanimité sont votées neuf pensions à des confrères privés de ressources et que l'âge et les infirmités empê- chent désormais de se livrer à l'exercice de notre profes- sion.

M. A.-J. Martin fait connaître les solutions proposées par le bureau relativement aux vœux présentés à la ratification de l'Assemblée générale ; ils sont au nombre de cinq.

1° Suppression dans l'annuaire des noms des pensionnés et leur remplacement par des initiales (Gironde). Adopté à l'unanimité.

2° Que des conférences sur des sujets pratiques soient organisées à l'occasion du Congrès et que l'on obtienne des Compagnies de chemins de fer une plus longue durée des billets de faveur (Allier, Loire, Haute-Loire).

M. Lannelongue. Le bureau fera tout son possible pour donner satisfaction à la première partie de ce vœu. C'est ainsi que ce matin nous avons eu une si intéressante con- férence à l'Institut Pasteur.

M. Blache. Les Compagnies de chemins de fer ne sont pas disposées à faire grand chose pour nous parce que nous sommes trop peu nombreux. Mais nous ne nous dé- couragerons pas et ferons nos efforts pour obtenir tout ce qui sera possible.

3° Que les médecins étrangers ne puissent émarger aux budgets départementaux et communaux (Melun, Fontaine- bleau, Provins). Adopté à l'unanimité.

4° Un médecin exerçant dans plusieurs localités ne sera astreint au droit proportionnel que dans la commune où il a son principal établissement au sens professionnel du mot.

Les médecins des villes d'eaux qui n'exercent nulle part l'hiver ne seront astreints au droit proportionnel que dans les stations thermales où ils exercent, s'ils n'ont pas fait enregistrer leur diplôme ailleurs (Hautes-Pyrénées).

Le premier de ces vœux est rejeté et le second pris en très sérieuse considération.

5° Les mesures nécessaires seront prises pour qu'à l'ave- nir les sérums thérapeutiques déposés dans les mairies y soient renouvelés d'une façon régulière et avec la fré- quence jugée nécessaire pour que leur fraîcheur et leur efficacité soient toujours assurées (Allier).

M. Martin a fait remarquer que tout flacon qui paraît suspect est immédiatement échangé par l'Institut Pasteur. Il est désirable, dit-il, que de semblables précautions puis- sent être prises à l'égard de tous les autres sérums.

Les pharmacies sont surveillées par les commissions départementales d'inspection et celles-ci ont à se préoccuper des conditions dans lesquelles s'y conservent et s'y débitent les sérums. Il est opportun de demander que ces commissions comprennent dans leurs visites les dépôts de sérum pour les indigents institués dans tous autres locaux que des pharmacies, tels que des mairies, des hôpitaux, des bureaux d'assistance, etc., et que des instructions soient envoyées à cet effet aux conseils d'hygiène dont ces commissions sont une émanation.

Ces propositions ont été prises en considération par l'assemblée.

D'autres vœux qui n'avaient pu, pour différentes raisons, être soumis en temps opportun à la commission chargée de cette étude, ont été ensuite présentés directement par leurs auteurs.

Déontologie et exercice de la profession médicale.

M. Lande. La Société de la Gironde a exprimé les vœux suivants :

1° Que dans chaque faculté on enseigne la déontologie en même temps que la législation médicale ;

2° Que les étudiants ayant échoué aux examens un certain nombre de fois, ou ayant subi une condamnation infamante, soient exclus des Facultés ;

3° Que le titre universitaire de docteur en médecine ne donne pas le droit d'exercer, qui serait réservé aux docteurs en médecine français ayant subi un examen spécial devant un jury spécial présidé par un professeur de la Faculté.

M. Lereboullet. Je ne crois pas à l'utilité d'un cours de déontologie ; cet enseignement ne peut être utilement donné que dans les services d'hôpitaux par les médecins et les chirurgiens qui sont à même de joindre, devant leurs élèves, la pratique à la théorie.

M. Bucquoy. La loi de 1892 donne aux tribunaux le pouvoir de suspendre, pour un temps limité ou illimité, le droit d'exercice pour les médecins qui ont subi une condamnation infamante. Seulement les tribunaux n'usent jamais de cette latitude. Aussi, ce qu'il faut demander c'est, non des mesures légales qui existent déjà, mais leur mise en application par les tribunaux.

M. Delvaille (Bayonne). La déontologie repose sur des formules fixes et exactes; elle devrait faire l'objet d'un code rédigé par nos facultés. De même que tout individu entrant dans une société s'engage à en suivre les statuts, de même, lors de leur réception, les docteurs en médecine signeraient notre code déontologique et s'engageraient à ne pas s'écarter de ses préceptes.

M. Lassalle (Bordeaux). Toutes ces mesures sont trop anodines pour enrayer le charlatanisme qui menace notre profession. Il faut une mesure plus radicale : la constitution de chambres disciplinaires. En dehors de cela tout ce que l'on fera sera inutile.

A la suite de cette discussion, l'Assemblée a décidé de soumettre à l'examen des Sociétés locales les vœux formulés par la Société de la Gir[illegible] et la proposition de la création de l'ordre des médecins.

Exploitation administrative du médecin.

M. Pouzet (Deux-Sèvres) donne lecture d'une circulaire préfectorale concernant l'application de la loi relative au travail des filles mineures et des enfants dans les fabriques et usines. Dans ce document il est rappelé que l'examen médical des enfants réclamé par l'inspecteur est gratuit, mais que si les parents demandent une contre-expertise celle-ci est à leur frais. Il s'en suit donc que la loi fait examiner gratuitement des individus qui sont, d'après leur situation de fortune, en état de payer les honoraires du médecin.

En outre, le tarif d'après lequel sont payées les visites faites aux enfants assistés est si ridiculement dérisoire, que le médecin touche par kilomètre parcouru une somme infime comparée à ce qui est alloué pour le même trajet à un express télégraphique.

Il y a là abus et exploitation du médecin ; c'est une situation à signaler à nos confrères qui siègent dans les assemblées politiques.

A la suite de cette communication il a été décidé que ces faits seraient signalés à l'attention de qui de droit.

Moyens propres à développer le recrutement de l'Association.

M. Boutequoy (Châtillon-sur-Seine). — Les résultats auxquels arrive l'Association sont peu connus, même de ses membres. Cela tient à ce que les sociétaires n'ont pour se tenir au courant que deux publications : l'annuaire et les bulletins des sociétés locales. Ces derniers traitent surtout des questions qui intéressent plus particulièrement leurs lecteurs, et, quant à l'Annuaire, il n'y a qu'un nombre limité de sociétaires qui le reçoivent.

Comme cette ignorance du bien fait par l'Association est préjudiciable au recrutement de ses membres, la Société de Châtillon-sur-Seine exprime le vœu que l'on apporte à la publication de l'annuaire les modifications nécessaires pour que tous les sociétaires reçoivent, à des époques assez rapprochées, tous les renseignements concernant l'Association.

M. Lereboullet. Dans la proposition qui nous est soumise, il faut distinguer deux choses : 1° une modification à la contexture de notre annuaire ; 2° le désir de trouver un moyen de mieux faire connaître les résultats de notre œuvre.

Notre annuaire ne contient que les documents et la statistique indispensables, et il me semble qu'il ne saurait être réduit.

Le second point tend à la création d'un organe officiel. C'est chose grave et importante. Il est certain que si on réunissait toutes les sommes que les Sociétés locales emploient à la publication de leurs bulletins, on pourrait probablement subvenir aux frais d'un journal, organe officiel de l'Association, et paraissant à des dates plus ou moins rapprochées ; mais il est probable que les questions locales étant moins détaillées, il y aurait des mécomptes. En tout cas, il serait bon de saisir de cette question les Sociétés locales.

L'assemblée prend en considération cette proposition et décide que les Sociétés locales seront consultées sur la question de savoir s'il conviendrait de créer un journal, organe officiel de l'Association. Un délégué ayant fait remarquer que si tous les membres recevaient l'annuaire, son prix (0 fr. 77) tomberait sensiblement, l'assemblée décide de demander aux Sociétés locales s'il n'y aurait pas lieu de rendre cette dépense obligatoire, en raison, d'une part, du chiffre minime qu'elle représenterait et, d'autre part, de l'intérêt qu'il y aurait à vulgariser les renseignements concernant l'Association.

Caisse de retraite.

La Société de la Haute-Loire demande, en vue d'attirer ns l'Association des médecins débutant dans la carrière, 'une caisse de retraite — avec adhésion facultative — it adjointe à l'Association.

M. Lannelongue. — C'est avec raison, et maintenant plus e jamais, que les jeunes médecins songent à mettre ur vieillesse à l'abri du besoin. Cette précaution est des us légitimes, mais avec la législation actuelle toute ten- tive pour modifier nos statuts, et notamment dans le sens mandé par nos confrères de la Haute-Loire, serait entou- e de telles difficultés, qu'il vaut mieux y renoncer.

Il n'en serait plus de même, et nous aurions toute lati- de, si la loi sur les Sociétés de secours mutuels était ntée. Mais le sera-t-elle jamais? Il y a deux ans j'ai cru ue la chose allait se faire. Aujourd'hui j'ai le regret de enser le contraire.

En tout cas permettez-moi de rappeler que dans notre ssociation on ne peut trouver d'autre avantage person- el que celui de faire le bien et de soulager les souffrances e confrères frappés par le malheur.

(Des applaudissements unanimes ont montré que M. Lan- elongue venait de bien interpréter les sentiments qui niment les membres de l'Association.

L. Granjux : *in Bulletin médical.*

COURRIER SANITAIRE

L'Epidémie de peste à Bombay.

L'épidémie de peste bubonique qui a éclaté à Bombay n 1896 et dont les grands quotidiens ont entretenu leurs ecteurs par de courtes dépêches insérées de loin en loin, st peut-être actuellement en voie de regression. C'est du noins l'opinion du Bureau d'hygiène de la ville. Sans que cette assertion puisse encore être considérée comme cer- aine, un coup d'œil d'ensemble sur la marche et le déve- oppement de l'épidémie peut présenter un certain intérêt, es rapports hebdomadaires publiés par le service sanitaire le la ville permettant d'en avoir une conception assez nette. L'Epidémie actuelle paraît avoir éclaté vers le 20 oc- tobre 1896; du moins les Bulletins des semaines antérieures ne mentionnant pas cette affection, il y a lieu de supposer que les premiers décès ont été constatés dans la semaine allant du *14 au 20 octobre* Quoi qu'il en soit, son influence a été désastreuse pour la ville et les perturbations apportées par elle à l'état sanitaire de Bombay pouvaient faire craindre une disparition rapide de la population, si celle-ci n'était due en partie à l'abandon temporaire de la ville par la population indigène.

Du 1er janvier au 30 septembre 1896 soit pour une période de 9 mois, le Bureau d'Hygiène a enregistré 11.600 nais- sances et 22.481 décès dont 4.549 dus à la fièvre intermit- tente et 396 au choléra asiatique.

C'est dire que même en dehors des périodes épidémiques (le choléra y est endémique) l'état sanitaire de Bombay laisse à désirer; car à ce moment même la mortalité y pré- sente des chiffres doubles de celui de la natalité. Rappro- ché de l'état sanitaire de Paris où la mortalité est d'envi- ron 20 p. 1000, celle de Bombay y oscille entre 35 et 45.

Dans les 3 derniers mois de 1896 le Bureau d'hygiène a enregistré 4.209 naissances contre 12.626 décès; soit environ pendant cette période qui marque le début de l'épidémie de *peste* une mortalité triple de la natalité. Dans ce laps de temps les décès attribués à la fièvre intermittente sont montés à *2.793*, ceux dus au choléra sont tombés à *10*, et la peste a fait *1.457* victimes. Pour l'ensemble de l'année les décès se sont élevés à 35.107 contre 15.809 naissances soit une mortalité dépassant la natalité d'environ 20.000. Par l'examen de la mortalité pendant les semaines 18 à 37 de 1896 où le choléra a fait plus de victimes (331 décès) on voit que la fièvre intermittente ne paraît pas influencée d'une façon sérieuse par le choléra alors que l'action de la peste paraît tout autre. Dans les 9 premiers mois de l'année (période non épidémique) la fièvre intermittente a fait, avons-nous dit 4.549 victimes et dans les 3 derniers mois 2.793 soit plus du tiers du chiffre annuel. Cette pro- portion s'augmente encore dans les 3 premiers mois de 1897 qui constituent la *période d'état* de l'épidémie.

Tandis que la natalité descend à 1.389, du *1er janvier au 30 mars 1897*, la mortalité monte à 20.060, soit *14* décès pour *1* naissance. Dans cette période, on ne constate que *1* décès par choléra, 4.193 par fièvre intermittente et 7.190 par peste. Si la proportion se continuait, pour l'année 1897, on aurait à enregistrer environ 5,500 naissances et 80.000 décès, dont 16.000 par fièvre intermittente et 28.000 par peste.

Le fait le plus remarquable de ce commencement d'an- née est l'abaissement considérable de la natalité à Bombay, abaissement dû heureusement en partie à l'émigration considérable des indigènes, mais qui, par là même qu'il s'explique par la diminution de population de la ville, in- dique à quel chiffre colossal monte, en réalité, la morta- lité. Du *17* au *23* mars la natalité est descendue à *37*, alors que le chiffre moyen, en temps normal, est de 350. Dans la semaine allant du 3 au 9 février, la mortalité est montée à *1.911* (alors que dans les périodes ordinaires elle oscille entre 500 et 600). Dans la semaine allant du 10 au 16 février, on a enregistré 845 décès par peste (chiffres maxima).

Le Bureau d'hygiène espère et annonce une diminution prochaine de la mortalité ; nous voulons le croire, tout en craignant qu'il ne s'abuse sur une diminution qui n'est encore que peu sensible et peut n'être qu'apparente étant donnée l'impossibilité d'apprécier la population *actuelle* de Bombay à sa juste valeur.

Au point de vue de l'origine *tellurique* probable de la maladie, l'étude de la répartition des décès entre les diffé- rentes races constituant la population de Bombay est remplie d'intérêt. La ville de Bombay, d'après le recense- ment de 1891, renfermerait une population de *821.764* ha- bitants; sur ce nombre on compte 11.290 Européens seu- lement et, le reste est composé de populations jaunes (hindous et musulmans). Les Hindous (des différentes castes) seuls sont au nombre de 568.516.

Le total des décès par peste depuis le 1er janvier 1897 étant de 7.190; la population hindoue a perdu 5.970 per- sonnes ; les Musulmans 1.124 et les Européens 17.

Alors qu'en temps normal, avons-nous dit en commen- çant, la mortalité pour 1.000 oscille entre 35 et 45, nous voyons cette mortalité s'élever pendant l'épidémie à 105 et même 119. La progression est-elle la même pour les diffé- rentes races? Si oui il y aura lieu de supposer que la réceptivité est la même pour tous, si non que certaines races sont plus aptes à contracter la peste. Hors le cas

d'épidémie, nous voyons pour la caste la plus importante d'Hindous, celle qui comprend à Bombay 451,465 habitants, que la mortalité y est normalement de 33.60, celle des Musulmans qui comptent 155.101 habitants de 48.94, celle des Européens (11.290) de 27.63. En examinant les mêmes groupes d'habitants en 1897 pendant la période épidémique nous voyons la mortalité monter pour les Hindous à 156,56, pour les Musulmans à 127.40 et pour les Européens descendre à 13.81. Les chiffres donnent la réponse à notre question, car s'il y a lieu de supposer que les Européens ont dû quitter, en partie la ville, nous avons la preuve par le fait de la natalité que la population indigène a suivie le même chemin — que donc les différentes races restées en présence sont dans les mêmes proportions approximatives. — Par suite se trouve affirmé la plus grande réceptivité de la population indigène pour la maladie et confirme l'espoir de voir la maladie se cantonner à Bombay — puisqu'on ne signale aucun cas de peste dans les autres villes hindoues où la population à émigré.

L. Daguillon.

NOUVELLES

Voyage présidentiel en Vendée. — A l'occasion de ce voyage, ont été nommés :

Chevaliers de la Légion d'honneur : M. le Dr Heurtaux, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes ; M. le Dr Mangou, médecin de l'hôpital civil de Fontenay-le-Comte.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Potier et Angeard, conseillers généraux de la Vendée.

Officiers d'Académie. — M. le Dr Fillon, médecin de l'hôpital de la Roche-sur-Yon.

La sœur Descubes, supérieure de l'hôpital civil et militaire de Fontenay-le-Comte, a reçu une médaille d'argent.

Distinctions universitaires. — Par arrêté ministériel, en date du 23 avril 1897, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Jacques Bertillon, Descourtis, Ph. Hahn et Trouillet.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Beluze, Lelongt et Souligoux.

Récompenses honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies, en argent, a été décernée à M. le Dr Chabaud, maire de Jaujac, en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors des diverses épidémies qui ont sévi dans le département du Gard.

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de pathologie expérimentale et comparée est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Daunic est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique ; — M. Cluzet est nommé chef des travaux de physique.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour deux places de chirurgien. — Ce concours sera ouvert le lundi 31 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 1er mai 1897, et sera clos définitivement le vendredi 14 du même mois, à trois heures.

— Concours pour trois places de médecin. — Ce concours sera ouvert le mercredi 26 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 24 avril 1897, et sera clos définitivement le vendredi 7 mai, à trois heures.

— Concours pour les prix a décerner a messieurs les élèves internes en pharmacie des hopitaux de paris (année 1897). — Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 24 mai 1897, à midi préeis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique de Paris, avenue Victoria, n° 3.

MM. les Internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les Internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 26 avril au samedi 8 mai inclusivement.

Val-de-Grâce. — Un concours s'ouvrira le 13 décembre prochain, à 8 heures du matin, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour l'admission des docteurs en médecine et des pharmaciens diplômés de première classe civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

Faculté de médecine. — Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. Castex, chargé de cours, reprendra ses leçons le mardi 4 mai 1897, à 3 heures (3, rue Jacob) et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine.

On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera le mardi 11 mai et continuera pendant six semaines, les mardi, jeudi et samedi à 5 heures, un cours pratique d'*ophtalmoscopie* et de *chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves).

M. le Dr Mermet, chef du laboratoire, recommencera le mercredi 12 mai et continuera pendant six semaines, les lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures, un cours pratique sur l'*anatomie*, la *physiologie* et la *bactériologie* oculaires.

S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Nécrologie. — Le Dr Bodet, médecin en chef de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Brest, à l'âge de 42 ans. — Le Dr Magitot, membre de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de Soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*